

Міністерство освіти та науки України  
Сумський державний університет  
Медичний інституту



# **АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТЕОРЕТИЧНОЇ ТА ПРАКТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ**

## **Topical Issues of Clinical and Theoretical Medicine**

**Збірник тез доповідей  
IV Міжнародної науково-практичної конференції  
Студентів та молодих вчених  
(Суми, 21-22 квітня 2016 року)**

**ТОМ 2**

Суми  
Сумський державний університет  
2016

## ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ФЕРОКІНЕТИКИ У ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ХРОНІЧНИМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Ткач Б.Н., Недоступ І.С.

*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»*

*Кафедра дитячої хірургії та пропедевтики педіатрії*

Метою нашого дослідження було вивчення клінічних та лабораторних показників сидеропенії при ХЗГДЗ у дітей шкільного віку.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 46 дітей шкільного віку, яких поділили на 2 групи. Першу групу склали 26 дітей з анемією I та II ступеня, другу - 20 дітей з нормальним показником гемоглобіну. Групу контролю склали 24 практично здорові дитини. Комплексне клініко-параклінічне обстеження проводили згідно затверджених протоколів. У 6 хворих діагностовано виразкову хворобу цибулини 12-палої кишки, у 28 - хронічний гастродуоденіт (ХГД), у 10 - ХГД, поєднаний з гастроєзофагальною рефлюксною хворобою і у 2 хворих діагностовано хронічний гастрит. Визначали вміст сироваткового заліза (СЗ) і феритину та насиченість трансферину залізом (НТЗ).

Результати дослідження та їх обговорення. Скарги і клінічні ознаки у більшості хворих характеризувались поєднанням таких основних синдромів: диспепсичного (93,7% хворих), больового (92,9% хворих) та астено-вегетативного (61,8% хворих). Ознаки сидеропенічного синдрому відмічені у 63,9% пацієнтів, на який вказували: блідість шкіри та видимих слизових оболонок, склери з голубим відтінком, тьмяність волосся, ламкість волосся і нігтів, сухість шкіри, ангулярний стоматит, бітурія, наявність функціональних шумів у серці, зміна харчової поведінки та інші. У 71,5% дітей першої групи діагностовано дефіцитну анемію легкого ступеня (зниження Нb до 90 г/л), у 28,5% - анемію середнього ступеня (Нb 70-89 г/л). У 61,9% були ознаки пограничного з анемією стану (Нb < 120 г/л, зниження СЗ, феритину). У хворих на ХГДЗ 2 групи вміст СЗ мав тенденцію до зниження, концентрація феритину була підвищеною в порівнянні зі здоровими дітьми ( $56 \pm 18$  мкг/л,  $p < 0,01$ ), а НТЗ - зниженою ( $0,195 \pm 0,014$  ум.од.,  $p < 0,01$ ).

Висновки. У періоді загострення у дітей з ХГДЗ необхідно визначати основні показники ферокінетики і при виявленні її порушень слід проводити корекцію залізодефіциту: призначення залізовмісних препаратів у поєднанні з дієтотерапією.

## ПОЛІПШЕННЯ ЯКОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ЗАТРИМКИ ЗРОСТУ У ДІТЕЙ

Ткаченко В.С.

*Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна*

Частота звернень пацієнтів до ендокринологів у зв'язку з низькорослістю займає третє місце після патології щитовидної залози та ожиріння. Серед дітей, які відстають у зрості від однолітків, близько 20% мають затримку росту ендокринного генезу. Низькорослість часто призводить до порушення психологічної адаптації та соціальної депривації дитини.

Мета роботи - поліпшення якості діагностики затримки зросту у дітей з метою розробки ефективних заходів щодо їх ведення та лікування.

Був проведений ретроспективний аналіз 75 історій захворювань дітей, що знаходилися на стаціонарному лікуванні, а також вивчалися випадки поточних госпіталізацій 25 дітей з основним або супутнім діагнозом «Затримка зросту». Методи дослідження включали як загальноклінічні, так і лабораторно-інструментальні. Зокрема, для підтвердження гіпофізарного нанізму використовувалися стимуляційні тести з клофеліном, інсуліном і визначення кісткового віку.

Зі 100 проаналізованих випадків діагноз гіпофізарного нанізму (ідіопатичний дефіцит гормону росту) встановлений у 8 дітей. Ступінь затримки зросту у всіх дітей перебувала в діапазоні нижче 3 центіля, що відповідало визначенню «нанізму». Діагноз соматогенного субнанізму був встановлений в 24 спостереженнях. У всіх випадках тяжкість основного захворювання корелювала зі ступенем низькорослості, яка, однак, не перевищувала діапазону 3 центіля. В інших проаналізованих випадках, після виключення гіпофізарного і